

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ICARO RESENDE DE CARVALHO SILVA

**INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES POR
CAUSAS CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DE NOVA
BENFICA, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA ESPERANÇA, NO
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS**

**JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS
2019**

ICARO RESENDE DE CARVALHO SILVA

**INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES POR
CAUSAS CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DE NOVA
BENFICA, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA ESPERANÇA, NO
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dra. Maria Marta Amancio Amorim

JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS

2019

ÍCARO RESENDE DE CARVALHO SILVA

**INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES POR
CAUSAS CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DE NOVA
BENFICA, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA ESPERANÇA, NO
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim- orientadora

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado Belo Horizonte, em 22 de janeiro de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à equipe de Nova Benfica e aos funcionários da Unidade Básica de Saúde de Vila Esperança, à tutora de nosso curso e aos meus familiares pelo apoio e envolvimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Leila, antiga enfermeira da minha área, pela ajuda no começo do trabalho na equipe, a todos da Unidade Básica de Saúde e aos usuários pelo acolhimento na nova equipe.

“[...] o cidadão também tem responsabilidade pela sua saúde. Então eu fumo, bebo, passo o dia sentado, não faço exercício nenhum e na hora em que eu fico doente é dever do Estado me tratar? Isso tira a responsabilidade e infantiliza o cidadão”.

Dráuzio

Varella

RESUMO

No levantamento do diagnóstico situacional, verificou-se grande número de complicações cardiovasculares preveníveis. O risco cardiovascular foi então selecionado como prioridade porque advém, dentre outras, de condições de grande prevalência na nossa área, como a hipertensão arterial sistêmica. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi apresentar um projeto de intervenção visando promover melhorias que impactem na redução das complicações das doenças cardiovasculares na população atendida pela Estratégia Saúde da Família de Nova Benfica, Unidade Básica de Saúde Vila Esperança, em Juiz de Fora, Minas Gerais. Foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional para a estimativa rápida, identificação e priorização dos problemas de saúde mais frequentes nessa comunidade. O projeto de intervenção foi estabelecido com base nos seguintes nós críticos: acesso à informação, violência e condição econômica do local, hábitos de vida da população e falta de agentes comunitários da saúde para cobrir toda a área da comunidade. Ainda, foi realizada revisão bibliográfica sobre o assunto, para maior embasamento teórico sobre o tema “Complicações por Causas Cardiovasculares e a Atenção Primária à Saúde”. Para isso, buscou-se estudos indexados nas bases de dados como Scientific Electronic Library Online, Medical Literature Analysis e Retrieval System Online. As ações planejadas nesse trabalho têm grande impacto e aplicabilidade prática no trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família e atuam sobre as principais causas de morte na população em geral e da comunidade de Nova Benfica. São ações que dependem das gestões locais e municipal, mas principalmente da mobilização da equipe e da população, para que se possa implementar, finalmente, um novo modelo de atenção, mais eficiente e humano, e que coloquem o usuário como objeto central da rede de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Diabetes. Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Risco cardiovascular.

ABSTRACT

A large number of preventable cardiovascular complications were recorded in the situational diagnosis. Cardiovascular risk was then selected as a priority because it results, among others, in conditions of high prevalence in our area, such as systemic arterial hypertension. In this sense, the objective of this work was to present an intervention project aimed at promoting improvements that impact on the reduction of complications of cardiovascular diseases in the population served by the Family Health Strategy of Nova Benfca, Vila Esperança Basic Health Unit, in Juiz de Fora, Minas Gerais General. The Strategic Situational Planning method was used to quickly estimate, identify and prioritize the most frequent health problems in this community. The intervention project was established based on the following critical nodes: access to information, violence and economic condition of the place, living habits of the population and lack of community health agents to cover the entire community area. Also, a bibliographic review was carried out on the subject, for a more theoretical basis on the theme "Complications by Cardiovascular Causes and Primary Health Care". For this, we searched for indexed studies in the databases with Scientific Electronic Library Online and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online. The actions planned in this work have a great impact and practical applicability on the work of the Family Health Strategy team and act on the main causes of death in the population in general and in the community of Nova Benfca. They are actions that depend on local and municipal management, but mainly on the mobilization of the team and the population, so that a new model of attention can be implemented, more efficient and humane, and that place the user as the central object of the network. Cheers.

Keywords: Primary Health Care. Diabetes. Family Health Strategy. Hypertension. Cardiovascular risk.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família de Nova Benfca, Unidade Básica de Saúde de Vila Esperança, município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais	17
Quadro 2 - Operações sobre o nó crítico “Acesso à Informação” relacionadas ao risco cardiovascular na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Nova Benfca, UBS Vila Esperança, do município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais.	34
Quadro 3 - Operações sobre o nó crítico “Violência e Condições Econômicas” relacionadas ao risco cardiovascular na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Nova Benfca, UBS Vila Esperança, do município de Juiz de Fora, estado de Minas.....	35
Quadro 4 - Operações sobre o nó crítico “Hábitos de Vida” relacionadas ao risco cardiovascular na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Nova Benfca, UBS Vila Esperança, do município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais.	36
Quadro 5 - Operações sobre o nó crítico de “Falta de ACS” relacionada ao risco cardiovascular na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Nova Benfca, UBS Vila Esperança, do município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais.	37
Tabela 1 - Classificação da PA de acordo com medição casual ou em consultório em indivíduos com idade superior à 18 anos.	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 Aspectos da comunidade	14
1.3 O Sistema Municipal de Saúde	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde de Vila Esperança	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família de Nova Benfica, da Unidade Básica de Saúde de Vila Esperança	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Nova Benfica	16
1.7 O dia a dia da Equipe de Nova Benfica.....	16
1.8 Estimativa rápida – Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – Seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos.....	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Fatores de Risco para Complicações Cardiovasculares	23
5.2 A Hipertensão Arterial Sistêmica	25
5.3 Outro Fatores de Risco: DM, Obesidade e Sedentarismo.....	28
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	32
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	32
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	33
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Juiz de Fora é um município da zona da mata mineira, com população estimada em 2016, de 559.636 habitantes. Emancipada de Barbacena em 1850, foi uma das pioneiras da industrialização do estado, embora atualmente tenha estagnado economicamente. Nos últimos anos a cidade vivenciou um crescimento no número de homicídios devido ao tráfico de drogas e a rivalidade entre bairros. Os crimes se concentram na zona leste (tráfico), zona norte (rivalidade de bairros) e centro (crimes contra o patrimônio) (IBGE, 2018)

A economia é bem dinamizada, com prevalência de serviços e indústria, com pouca participação do setor primário. Destacam-se aqui indústrias como a Mercedes Benz e os serviços dos shoppings centers. Politicamente, a cidade conta com representantes na câmara dos deputados e assembleia legislativa do Estado, tendo forte engajamento político influenciado pelas faculdades locais e pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Ainda, a cidade é centro cultural regional, com destaque para o time esportivo do Tupi, o Cine Teatro Central e os museus Murilo Mendes e Mariano Procópio (IBGE, 2018).

Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar. Embora tenha implantado a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como plano municipal de saúde há mais de 20 anos, a demanda em pronto atendimento tem aumentando. A cidade possui equipes cobrindo maior parte da população, e é uma das que possui maior quantidade de médicos e profissionais da saúde do estado, o que não impede a alta rotatividade de profissionais por conta de política de contratação e processos seletivos (IBGE, 2018).

1.2 Aspectos da comunidade

Nova Benfica é um dos três bairros atendidos pela UBS de Vila Esperança – os outros são Vila Esperança I e II. Os três juntos possuem uma população de 12 mil habitantes, com muitas áreas descobertas pela ESF. A unidade de saúde de referência fica em Vila Esperança I, que, junto com a Vila Esperança II são os bairros que concentram maior violência, o que impede os moradores de Nova Benfica de irem ao posto (SIAB, 2015).

O relevo de Nova Benfica é repleto de morros e longas distâncias, e isso tem impedido a realização de reuniões nos diversos pontos do bairro. O sistema de coleta de lixo e esgoto são relativamente bons, com boa cobertura na área. A comunidade dispõe de uma creche, duas escolas e algumas opções de lazer, embora ainda falte áreas comuns entre os bairros (IBGE, 2018).

1.3 O Sistema Municipal de Saúde

O sistema de saúde é financiado por meio de transferências e recursos próprios, com uma média de despesa anual com a saúde no valor de R\$ 649.042.582,80, de acordo com o Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS, 2018).

O sistema municipal de saúde de Juiz de Fora é amplo e complexo. Possui 311 unidades de Atenção Primária em Saúde (APS) e 14 hospitais e pronto atendimentos. É um município polo da Zona da Mata mineira, sendo referência em urgência e emergência, e em serviços como transplantes de medula óssea e de fígado (SIAB, 2015).

1.4 A Unidade Básica de Saúde de Vila Esperança

A Unidade Básica de Saúde (UBS) da Equipe de Vila Esperança, que abriga a Equipe de Saúde Nova Benfica, situa-se na zona norte da cidade, a maior e mais violenta. É uma unidade relativamente nova, porém bem deteriorada e sem acesso à

internet. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida de três bairros, com mais de 12 mil habitantes juntos.

A área destinada à recepção é pequena e com os assentos em péssimas condições. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé, situação sempre lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Tem-se uma sala de reuniões e de vacina, anexas à recepção. Os consultórios são pequenos e sem banheiros. A sala com maca ginecológica encontra-se bem deteriorada e com os vidros quebrados, fruto de inúmeras tentativas de furto.

Há uma concentração constante de adolescentes e adultos jovens nas imediações da unidade, que ocasionalmente usam drogas e depredam a UBS, sendo necessária a presença policial em diversas ocasiões. Já houve assassinato nos fundos do local e assalto a trabalhadores da unidade, o que muitas vezes resulta em abandono de profissionais.

1.5 A Equipe de Saúde da Família de Nova Benfica, da Unidade Básica de Saúde de Vila Esperança

A Equipe de Saúde da Família de Nova Benfica é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Profissional 01: 48 anos, casada, agente comunitária de saúde (ACS) da microárea 06, que tem 68 famílias cadastradas.

Profissional 02: 60 anos, casada, ACS da microárea 02, que tem 42 famílias cadastradas.

Profissional 03: solteira, ACS da microárea 04, com 44 famílias.

Profissional 04: 22 anos, solteira, auxiliar de enfermagem. Primeiro trabalho profissional.

Profissional 05: 28 anos, médico, formado há 2 anos e meio. Já trabalhou em pronto atendimentos e em UBS em outros municípios e está há 5 meses no local.

Profissional 06: 42 anos, enfermeira. Trabalha em um hospital da cidade em plantões noturnos e na ESF durante o dia.

Profissional 07: 70 anos, técnica em enfermagem, a mais experiente do local, com quase 20 anos de atuação na região.

Profissional 08: 60 anos, recepcionista, casada, residente do local e que conhece a realidade da população.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Nova Benfica

A UBS funciona de 07 às 16h, com 1h para almoço e, para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro está presente na Unidade. Tal fato já gerou discussões acerca de desvio de função, porém, depois de algumas reuniões, o empasse foi solucionado. Há nas proximidades uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h que auxilia nos casos de emergência, já que a unidade dispõe de poucos recursos.

1.7 O dia a dia da Equipe de Nova Benfica

A UBS tem o funcionamento destinado a maior parte do tempo para usuários da demanda espontânea. O pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos ocupam outra parte da agenda. Muitos grupos apresentam pouca adesão devido ao fato de os usuários renovarem suas receitas sem o comparecimento na unidade. A adesão em campanhas de vacinação também tem sido baixa, como em outros locais da cidade.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem orientado algumas melhorias em relação ao planejamento de trabalho, mas ainda há muito o que ser resolvido, como a implantação de prontuário eletrônico e documentação das atividades.

1.8 Estimativa rápida – Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Os problemas da UBS de Nova Benfica, em Vila Esperança, foram discutidos com a equipe e elencados em ordem de prioridade. De maneira geral, encontra-se problemas relacionados à adesão do tratamento, o que leva à baixo controle de muitas doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus, além das dificuldades encontradas na estrutura do serviço no que diz respeito à baixa quantidade de profissionais disponíveis para atender a população local, bem como questões que envolvem a segurança dos usuários e dos profissionais, já que a UBS está localizada em uma região bastante violenta.

1.9 Priorização dos problemas – Seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

O quadro 01 apresenta os principais problemas levantados pela equipe, com suas respectivas importâncias, grau de necessidade de resolução (urgência, numerada de 0-30) e capacidade de enfrentamento.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família de Nova Benfica, Unidade Básica de Saúde de Vila Esperança, município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de Enfrentamento***	Seleção****
Risco cardiovascular	Alta	9	Parcial	1
Saúde Mental	Alta	8	Parcial	2
Violência	Alta	7	Fora	3
Falta de ACS	Alta	6	Fora	4

Fonte: Autoria própria (2018) UBS Vila Esperança, 2018.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Dois problemas priorizados no quadro 1 foram selecionados a partir do elevado número mensal de consultas para o dado problema ou condição relacionada. Esses problemas/condições são os relacionados à saúde mental e à HAS – um dos

principais fatores de risco para a doença cardiovascular. Como a HAS tem associação frequente com outras condições clínicas, foi escolhida como prioridade de intervenção, pois se relaciona às principais causas de morte na comunidade. Essa escolha – risco cardiovascular e não necessariamente a HAS – serve como objeto de atenção, pois há outros fatores de risco associados, muitas vezes subdiagnosticados, como a obesidade, o tabagismo e os hábitos de vida. Quanto a violência, está relacionada estritamente com a falta de ACS, sendo que o primeiro problema é uma das principais causas do segundo.

A capacidade de enfrentamento dos problemas é mais clara e objetiva no que se refere ao risco cardiovascular, uma vez que os outros problemas dependem também de políticas públicas – segurança e contratação de profissionais, no caso da falta de ACS e da constante violência – e de melhor articulação com a atenção secundária – no caso da saúde mental.

2 JUSTIFICATIVA

No levantamento do diagnóstico situacional, verificou-se o grande número de complicações cardiovasculares preveníveis, com o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), principais causas de óbito na comunidade. Além disso, nos grupos de HAS a classificação de alto risco cardiovascular em 10 anos (Framingham) tem sido elevada na maioria dos pacientes, porém não há dados analisados nesse quesito para aqui ser apresentado.

O risco cardiovascular foi então selecionado como prioridade porque advém, dentre outras, de condições de grande prevalência na nossa área, como a HAS – segunda condição mais prevalente nos atendimentos individuais da equipe – e sua alta resolatividade na APS. Esse risco pode ser explicado ainda pela associação de fatores: HAS, diabetes mellitus (DM), hábitos inadequados, tabagismo e obesidade, sendo que esses dois últimos são frequentemente subnotificados. Além disso, a dislipidemia e a má alimentação influenciam no incremento do risco cardiovascular e também são frequentes.

A população mais exposta aos riscos cardiovasculares são os mais velhos, notadamente acima de 50 anos (quase 25% da população cadastrada segundo dados internos). A maioria dessa população tem a HAS como maior fator de risco na nossa área. Esta é uma condição majoritariamente primária, mas que pode ser desencadeada ou piorada por problemas intermediários descritos a seguir, num círculo vicioso danoso à saúde.

Muitos pacientes são obesos e têm dificuldades para movimentação e, aliado ao relevo de morros dos bairros no entorno da unidade, têm dificuldade de realização de atividades físicas. Além disso, faltam áreas apropriadas para o lazer e condições econômicas para atividades mais elaboradas, como hidroginástica por exemplo. A má alimentação ou a dificuldade de reeducação alimentar também resultam da falta de condição econômica e do desemprego, que em alguns casos impedem, inclusive, a compra de medicamentos melhores.

Todos esses problemas intermediários citados são ignorados por grande parte da população sobre seu maior desfecho desfavorável: AVE e IAM. Essa falta de informação advém da escassez de ACS e da baixa participação em grupos e atividades coletivas, que por sua vez decorre da violência local, que afasta a população e os trabalhadores dessa unidade de saúde.

Diante da descrição e explicação do problema, e analisando com a equipe essa situação, é possível perceber que os nós críticos do risco cardiovascular aumentado nessa área são:

- O acesso à informação
- A violência e condição econômica do local;
- Os hábitos de vida da população e;
- A falta de ACS para cobrir toda a área da comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção visando promover melhorias que impactem na redução das complicações das Doenças Cardiovasculares (DCV) na população atendida pela equipe de saúde da família de Nova Benfica, UBS Vila Esperança, em Juiz de Fora, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Promover a conscientização da população sobre condições crônicas relacionadas às doenças cardiovasculares e sua associação com desfechos desfavoráveis;

Propor sugestões de melhoria econômica e para a violência da comunidade;

Promover melhoria nos hábitos de vida que diminuam os riscos cardiovasculares;

Suprir a falta de cobertura da área de abrangência da equipe por meio de novos ACS.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido por Faria, Campos e Santos (2017), para a estimativa rápida, identificação e priorização dos problemas de saúde mais frequentes na comunidade de Nova Benfica, UBS Vila Esperança, em Juiz de Fora, Minas Gerais. Nesse método, algumas etapas são definidas, a saber: análise dos problemas, identificação e análise dos cenários de atuação, definição dos atores sociais e determinação das estratégias adequadas à realidade local.

Para a obtenção de dados da população, foram consultadas informações através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB-DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de planilhas internas da UBS de Vila Esperança.

Ainda, foi realizada revisão bibliográfica sobre o assunto, para maior embasamento teórico sobre o tema “Complicações por Causas Cardiovasculares e a Atenção Primária à Saúde”. Para isso, buscou-se estudos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online – SciELO e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – MEDLINE, por meio dos descritores em saúde: Atenção Primária à Saúde, Diabetes, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, Risco cardiovascular.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994 como uma medida capaz de reorganizar a assistência à saúde, substituindo o modelo tradicional para a atenção voltada à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de ações pautadas na promoção e proteção da saúde aplicadas pela equipe de saúde dentro da atenção primária. Tem papel importante na criação de vínculo com o paciente e seus familiares ao considerar sua realidade, sendo possível incentivar a adesão ao tratamento (LAVRAS, 2011; ALMEIDA; DUARTE, 2012).

É formada por equipes compostas de médico, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ACS e leva em consideração a territorialidade e características da população atendida na UBS, se voltando para a origem do problema e prevenindo complicações. A assistência é prestada na unidade de saúde e em caso especiais, em domicílio. A ESF atende diariamente idosos, gestantes e crianças, e principalmente, usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis como DM e HAS, e oferece a esses indivíduos a condição de controlar seu quadro clínico com acompanhamento profissional contínuo (CARNEIRO *et al.*, 2012).

Por toda capacidade que a ESF tem de atuar dentro da realidade do usuário, e de captá-lo para ter seu estado de saúde acompanhado da maneira adequada, torna-se um ambiente de fato estratégico no cuidado e assistência de pacientes com HAS e com complicações cardiovasculares, já que são condições que necessitam ser acompanhadas de perto, de forma contínua, mesmo após estabilização do quadro clínico (LIMA *et al.*, 2016).

5.1 Fatores de Risco para Complicações Cardiovasculares

Nesse sentido, no controle e redução de complicações por causas cardiovasculares é importante identificar os fatores de risco presentes e sensibilizar o portador sobre a necessidade de mudanças (MORAES; FREITAS, 2012). A maioria desses fatores

são controlados por meio da adoção de um estilo de vida saudável, sendo, portanto considerados fatores modificáveis, como o sedentarismo, o peso corporal excessivo, o tabagismo, e o controle de doenças como HAS e DM. Para isso, ações educativas no contexto da saúde pública se mostram bastante satisfatórias pois têm a capacidade de atingir o público alvo de forma contínua e integral, e pode envolver também os familiares, importantes ajudadores nesse processo (BONOTTO; SASSI; SUSIN, 2016).

Para que a mudança comportamental do paciente ocorra de fato, é necessário que o mesmo se familiarize quanto as consequências dos eventos cardiovasculares, conhecendo quais são os fatores de risco e o que podem causar a longo e médio prazo em sua saúde. Devem compreender que as doenças de origem cardiovascular são a principal causa de morte e de incapacidade não somente no Brasil, mas em muitos outros países, e que todos os anos resulta em mais de sete milhões de mortes em todo o mundo (MANSUR; FAVARATO, 2011).

De maneira geral, os indivíduos não sabem que possuem fatores de risco para complicações cardiovasculares, sendo esse conhecimento maior entre aqueles com maior grau de escolaridade. Além disso, os estudos mostram que os fatores de risco mais frequentes na população adulta brasileira é a pressão alta e o fumo, e que as pessoas, comumente, não percebem que uma doença pode ser fator de risco para outra, como por exemplo, o DM como risco para DCV (LYNCH *et al.*, 2006; BORGES *et al.*, 2009; SCHMIDT *et al.*, 2009; MUNIZ *et al.*, 2012).

O conhecimento sobre os fatores de risco cardiovascular está associado a questões socioeconômicas. A renda familiar e a idade influenciam nesse conhecimento já que estão diretamente relacionadas ao acesso do indivíduo às informações de qualidade, aos serviços de saúde e à facilidade de compreensão, sendo esse último quesito mais bem desenvolvido entre indivíduos adultos jovens, em comparação com os idosos. Além disso, percebe-se que, no geral, as pessoas compreendem a relação entre a alimentação e o risco cardiovascular mas desconhecem ou entendem pouco sobre a relação da prática de atividades físicas com o desenvolvimento desse risco, o que é preocupante já que atividades físicas

regulares são importantes fatores de proteção contra complicações cardiovasculares (BONOTTO; SASSI; SUSIN, 2016).

Sendo assim, é possível afirmar a grande necessidade dos serviços de saúde, em especial no contexto da ESF, por ter contato mais facilitado com o usuário do serviço, oferecerem educação em saúde com o intuito de prevenir complicações cardiovasculares e promover a saúde dos mesmos. Devem ser priorizadas ações que busquem identificar os grupos mais vulneráveis e fazê-los conhecer sobre os fatores de risco e as possíveis complicações cardiovasculares (RODRIGUES; SANTOS, 2010; MALTA *et al.*, 2015).

As ações devem ser pautadas na atenção integral e humanizada, levando em consideração a realidade dos pacientes, seu grau de escolaridade e sua idade para que possam receber esse ensino de maneira simplificada, em linguagem clara e condizente, e da melhor forma para que se crie vínculo entre a equipe de saúde e o paciente, já que nesse vínculo a adesão ao cuidado e tratamento é facilitada (CARNEIRO *et al.*, 2012).

A educação em saúde na APS deve ser realizada por toda a equipe, utilizando recursos como palestras, discussões em grupo e dinâmicas que tratem do assunto de forma espontânea, considerando crenças e valores dos pacientes, mas sempre enfatizando, sobretudo, a importância do autocuidado, da adesão ao tratamento e do acompanhamento constante com o serviço de saúde. O autocuidado, ações voltadas para si mesmo ou para o ambiente a fim de alcançar qualidade de vida, saúde e bem-estar, deve ser sempre estimulado nesses indivíduos, pois, ao compreenderem a importância do mesmo e ao aplicarem no dia a dia, estarão prevenindo riscos cardiovasculares, outras complicações e sobretudo, preservando sua saúde (CRUZ; CARVALHO; SILVA, 2016).

5.2 A Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma das doenças mais prevalentes em todo o mundo, sendo classificada entre as principais causas de morte no Brasil. As doenças cardiovasculares

relacionadas à HAS são bastante prevalentes no país, representando quase 8% das internações hospitalares e sendo responsável por 13% de todos os gastos com hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS) (SBC, 2016).

Mundialmente, é apontada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, e no Brasil afeta mais de 30 milhões de pessoas (SBC, 2016). É uma condição crônica, estabelecida na presença de valores pressóricos constantemente elevados, com níveis iguais ou maiores que 140 mmHg e/ou 90 mmHg (SBC, 2010), estando associada à distúrbios metabólicos no coração e no rim, por exemplo, e sendo agravada por fatores de risco como DM, obesidade e dislipidemia (WEBER *et al.*, 2014).

Atualmente, considera-se a HAS como um dos problemas mais graves de saúde pública no Brasil, não apenas pela sua prevalência, cerca de 30% na população adulta, mas também por aumentar o risco de graves complicações, como as doenças cerebrovasculares e renais que podem levar ao óbito precoce (BRASIL, 2011).

Um dos agravantes dessa condição é o fato de ser, em quase todos os casos, assintomática e de evolução silenciosa, o que faz com que haja em muitos pacientes um desleixo no cuidado e baixa adesão ao tratamento. Assim, os riscos de complicações aumentam e são perceptíveis já em estágios avançados, quando não se pode mais reverter. Essa patologia está diretamente associada aos hábitos de vida, de forma que boa parte dos hipertensos não entendem a real necessidade de se manter hábitos saudáveis, até que as graves complicações apareçam, como insuficiência renal, IAM, AVE, entre outros (LIMA *et al.*, 2016).

Por esse motivo, o Ministério da Saúde preconiza projetos de prevenção, acompanhamento e controle dos pacientes com HAS, a fim de melhorar a adesão ao tratamento, impulsionar a prática do autocuidado e promover saúde e qualidade de vida a esses indivíduos (BRASIL, 2011).

O diagnóstico da HAS deve levar em consideração a história familiar e clínica do paciente, o estilo de vida, o uso de medicamentos, os exames laboratoriais e a presença de fatores de risco, que são, principalmente: idade, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, hereditariedade, ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo, de forma que ao analisar todos esses fatores, se confirma pelos níveis de pressão arterial (PA) constantemente elevados (SBC, 2016; RADOVANOVIC *et al.*, 2014). Assim, pode ser classificada em estágios (tabela 1), nos quais o I é o estágio mais frequente entre adultos e o II é o de maior risco para desenvolver DCV (SBC, 2010).

Tabela 1 - Classificação da PA de acordo com medição casual ou em consultório em indivíduos com idade superior a 18 anos.

Classificação/ Estágio	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-Hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	>180	>110

Fonte: SBC, 2016.

A adoção de hábitos saudáveis, como a prática de atividade física regular e uma alimentação balanceada são extremamente importantes para o controle desse quadro clínico. A manutenção de um peso corporal adequado, por exemplo, é necessária pois, com o peso excessivo o risco de desenvolver HAS aumenta de duas a seis vezes (SILVA *et al.*, 2013). O desafio está em manter um estilo de vida saudável e o tratamento regular, mesmo quando se conhece os riscos e as possíveis complicações de não se controlar a PA. Isso é confirmado pelos dados da SBC (2016), que aponta que, de todos os hipertensos, 68% não seguem o tratamento, não realizam o autocuidado, não tomam os medicamentos da forma correta e não adotam um estilo de vida saudável.

Por ser uma patologia muitas vezes assintomática, o indivíduo somente busca cuidado quando apresenta alguma complicação. Mas, em casos já diagnosticados, mesmo quando já se recebeu orientação médica, os cuidados são negligenciados, principalmente quando há um controle pressórico inicial, resultando em abandono do

tratamento. Por esse motivo, o acompanhamento desses pacientes deve ser contínuo, e então, a atuação da equipe de saúde na atenção primária se torna peça chave nesse processo (SILVA *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é necessária para controlar a PA e prevenir complicações cardiovasculares, sendo definida como o grau de comportamento do paciente frente ao uso da medicação, à realização de atividades físicas, à alimentação balanceada e à adoção de hábitos saudáveis (LIMA *et al.*, 2016). O tratamento consiste em duas vertentes: não medicamentoso, que requer mudança de vida, com adoção de hábitos saudáveis, controle do peso corporal, do estresse e abandono do tabagismo; e medicamentoso, que consiste no uso de fármacos, como os diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da beta-angiotensina e os bloqueadores do receptor alfa. Pode haver, em casos específicos, a administração combinada de dois medicamentos (SIMÃO *et al.*, 2014).

A adesão ao tratamento reduz o risco ou retarda a ocorrência de complicações cardiovasculares. É comum que a adesão ocorra somente após um quadro de complicações, como o IAM, já que o evento cardiovascular serve como alerta para a necessidade de cuidado, quando não é fatal. Pode também ocorrer baixa adesão por falta de entendimento da terapêutica proposta ao mesmo por falta de informação sobre a patologia. Dessa forma, atividades de educação em saúde acessível à toda a população são indispensáveis na atenção primária (LIMA *et al.*, 2016).

5.3 Outro Fatores de Risco: Diabetes Mellitus, Obesidade e Sedentarismo

O DM é uma complicação metabólica bastante prevalente em toda a população mundial, chegando a atingir mais de 8% da mesma, e é caracterizada pelo aumento da glicemia sanguínea e por distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras devido a defeitos na secreção ou ação da insulina (SBD, 2017).

É atualmente considerada a terceira causa mais importante de mortes no mundo, e tem grande impacto na saúde pública, sendo considerada uma Condição Sensível à Atenção Primária, já que se realizado o correto manejo dessa condição pela atenção

básica, complicações e hospitalizações são prevenidas. Essas complicações são principalmente as doenças cardiovasculares, cerebrais e renais que possuem risco significativamente maior de ocorrer entre pacientes portadores do DM (SBD, 2016).

O DM mais comum é o tipo II, caracterizado pelo quadro de deficiência insulínica associado à resistência insulínica. Compreende 90% dos casos de DM e está diretamente ligado à outras condições como a HAS, a obesidade e a dislipidemia, sendo o sedentarismo, a idade (superior a 45 anos), e a má alimentação os maiores fatores de risco para essa condição (SBD, 2016). A grande preocupação é que a maioria dos casos de DM tipo II cursa de forma assintomática, silenciosa, levando a um diagnóstico tardio, marcado geralmente pelas complicações como proteinúria, neuropatia periférica, infecções recorrentes e retinopatia (ADA, 2013).

Por ser uma patologia muito ligada ao estilo de vida, e por estar diretamente associada às complicações por causas cardiovasculares, a ESF deve atuar no sentido de promover a adesão ao tratamento, seja ela medicamentoso ou não. Sobretudo, incentivar o autocuidado e a adoção de hábitos saudáveis, como a dieta balanceada, a prática regular de atividades físicas, o controle do estresse, o abandono do tabagismo e a suspensão da ingestão de bebidas alcólicas para que os níveis glicêmicos sejam controlados e as complicações, em especial às cardiovasculares, advindas dessa patologias, sejam prevenidas (FRANCO JUNIOR, HELENO; LOPES, 2013).

A obesidade, por sua vez, é uma doença multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e está relacionada a maior prevalência de HAS e DM (WHO, 2004). Além de aumentar o risco dessas doenças e de afetar significativamente a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo, a obesidade afeta consideravelmente a função renal ao favorecer o acúmulo de líquido no corpo com consequente alteração no sistema renina-angiotensina-aldosterona (OLIVEIRA, 2011). Esse quadro resulta em aumento considerável dos níveis pressóricos, pois cada quilograma acima da média leva ao aumento da PA em um milímetro de

mercúrio, e assim, nesse contexto, o risco de complicações por causas cardiovasculares, aumenta indiscriminadamente (BARROSO *et al.*, 2017).

Além disso, o acúmulo de gordura corporal gera liberação de ácidos graxos livres que se direcionam para o fígado e aumentam assim a produção de triglicédeos e lipoproteína de baixa densidade, o que aumenta consideravelmente o risco de desenvolvimento das doenças cardiovasculares (XAVIER *et al.*, 2013; CARVALHO *et al.*, 2015).

Dessa forma também, a adoção de hábitos saudáveis está diretamente relacionada à prevenção/controle da obesidade, já que tem associação com o estilo de vida do indivíduo, e portanto, deve ser amplamente estimulada pelos profissionais da saúde, em especial na atenção primária, por meio de uma equipe multiprofissional e de ação de intervenção e cuidado (SANTOS; SCHERER, 2011).

Nesse mesmo contexto, o sedentarismo também é um importante fator de risco para o desenvolvimento de DCV, isso porque, em indivíduos sedentários, o risco de ocorrência do IAM é duas vezes maior quando comparados com indivíduos ativos. Na atual sociedade, o ritmo de vida e a tecnologia tem favorecido o comodismo das pessoas, que mesmo compreendo os riscos, então cada vez mais sedentárias (CARLUCCI *et al.*, 2013).

Um estilo de vida inativo favorece o acúmulo de gordura corporal, a resistência insulínica e o aumento de lipídeos circulantes no sangue, formando uma síndrome metabólica que está diretamente associada a ocorrência de DCV. Por isso, a prática de atividade física no mínimo 30 minutos por dia, de 05 a 07 dias por semana, é altamente recomendada pelo Ministério da Saúde e deve ser estimulada por todos os profissionais da saúde dentro da ESF (XAVIER *et al.*, 2013).

Todos esses fatores citados estão cada vez mais prevalentes em toda a sociedade, inter-relacionando entre si e aumentando as chances de complicações por causas vasculares. São considerados fatores que podem ser modificáveis, seja por uso de

medicação ou pela mudança no comportamento com adoção de um estilo de vida saudável (BONOTTO; SASSI; SUSIN, 2016). Nesse contexto, ações da equipe de saúde dentro da ESF são indispensáveis pois têm o poder de atingir direta e constantemente a população e com isso, estimular o cuidado com a saúde, o acompanhamento contínuo e a adesão ao tratamento, prevenindo complicações e promovendo saúde e qualidade de vida.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Foi elaborado um plano de intervenção para diminuir os riscos cardiovasculares da comunidade da equipe de saúde da família Nova Benfica, na UBS Vila Esperança em Juiz de Fora, a partir de seus nós críticos identificados pelo método de estimativa rápida. Todos os passos do plano de intervenção estão descritos a seguir.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O risco cardiovascular advém, dentre outras, de condições de grande prevalência na nossa área, como a HAS – segunda condição mais prevalente nos atendimentos individuais da equipe – e sua alta resolutividade na APS. Esse risco pode ser explicado ainda pela associação de fatores: HAS, DM, hábitos inadequados, tabagismo e obesidade, sendo que esses dois últimos são frequentemente subnotificados. Além disso, a dislipidemia e a má alimentação influenciam no incremento do risco cardiovascular e também são frequentes. Tais condições tem alta resolubilidade na APS, com níveis de recomendação e evidência que corroboram a necessidade do tratamento a este nível.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A população mais exposta aos riscos cardiovasculares são os indivíduos adultos, notadamente, aqueles acima de 50 anos (quase 25% da população cadastrada segundo dados internos). A maioria dessa população tem HAS como maior fator de risco na nossa área. Essa é uma condição majoritariamente primária, mas que pode ser desencadeada ou piorar por problemas intermediários, descritos a seguir, num círculo vicioso danoso à saúde. Muitos pacientes são obesos e já têm dificuldades para movimentação e, aliado ao relevo de morros dos bairros no entorno da unidade, apresentam dificuldade em realizar atividades físicas.

Além disso, faltam áreas apropriadas para o lazer e condições econômicas para atividades mais elaboradas, como hidroginástica por exemplo. A má alimentação ou a dificuldade de reeducação alimentar também resultam da falta de condição econômica e do desemprego, que em alguns casos impedem, inclusive, a compra de medicamentos melhores. Todos esses problemas intermediários citados são ignorados por grande parte da população sobre seus maiores desfechos desfavoráveis: o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio. Essa falta de informação advém da escassez de ACS e da baixa participação em grupos e atividades coletivas, que por sua vez decorre da violência local, que afasta a população e os trabalhadores da UBS.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Diante da descrição e explicação do problema, e analisando com a equipe essa situação, percebeu-se que os nós críticos do risco cardiovascular mais frequentes na área de abrangência desta ESF são: o acesso à informação, a violência/condição econômica da localidade, os hábitos de vida e a falta de ACS para cobrir a nossa área atendida

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Nos quadros 02 a 05 estão descritos os nós críticos definidos como passíveis de intervenção, selecionados para atender aos objetivos deste trabalho.

O quadro 02 descreve a operação desenvolvida para atingir o nó crítico “Acesso à Informação”, bem como seus resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, ações estratégicas, prazos e responsáveis.

Quadro 2 - Operações sobre o nó crítico “Acesso à Informação” relacionadas ao risco cardiovascular na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Nova Benfica, UBS Vila Esperança, do município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais.

Nó Crítico: Acesso à Informação	
Operação de informação sobre os riscos da associação de condições crônicas para o sistema cardiovascular.	Operação “Saber é Poder”
Resultados esperados	Maior nível de informação e autoconhecimento acerca das condições de saúde
Produtos esperados	Reuniões mensais de hipertensos, tabagistas e diabéticos para educação continuada
Recursos necessários	Estrutural: igrejas, escolas e parques para reuniões Cognitivo: atualização dos profissionais de saúde sobre o tema Financeiro: confecção de informação audiovisual, como cartazes, folhetos e comunicação direta com os usuários Político: participação e mobilização social
Recursos críticos	Estrutural: Disponibilidade dos locais Cognitivo: Adesão dos profissionais Político: Adesão da população Financeiro: Recursos escassos
Controle dos recursos críticos	Estrutural: Indiferente Cognitivo: Favorável Político: Favorável Financeiro: Indiferentes
Ações estratégicas	Maior participação em reuniões de grupo
Prazo	03 meses para implantação. Ajustes mensais nas ações
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira da área, médico e agentes comunitários
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A cada mês a participação em grupos deve ser avaliada quanto ao número de participantes e nível de informação da condição crônica.

Fonte: o autor (2018)

O quadro 03 descreve a operação desenvolvida para atingir o nó crítico “Violência e Condições Econômicas”; seus resultados, produtos esperados, recursos necessários e críticos, ações estratégicas, prazos e responsáveis.

Quadro 3 - Operações sobre o nó crítico “Violência e Condições Econômicas” relacionadas ao risco cardiovascular na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Nova Benfica, UBS Vila Esperança, do município de Juiz de Fora, estado de Minas.

Nó Crítico: Violência e Condições Econômicas	
Operação de integração entre os bairros e desmitificação do risco do usuário na unidade	Operação “Todos iguais”
Resultados esperados	Queda nos números de violência do local e maior adesão às ações coletivas, frequência na UBS e de compra de medicamentos/alimentos saudáveis
Produtos esperados	Convivência entre a população dos três bairros e melhoria das condições de vida
Recursos necessários	Estrutural: área comum e acessível entres os bairros, construção de uma nova unidade, incentivos para indústrias no local Cognitivo: estudo sobre a violência, comunicação de crimes Financeiro: Liberação de recursos para projetos de nova unidade e academias ao ar livre, incentivos fiscais Político: Segurança pública, participação social
Recursos críticos	Estrutural: Nova unidade, área de convivência, indústrias Cognitivo: Capacitação da população, informação Político: Policiamento Financeiro: Liberação de verbas
Controle dos recursos críticos	Estrutural: Indiferente Cognitivo: Favorável Político: Desfavorável Financeiro: Favorável
Ações estratégicas	Reivindicação da população
Prazo	01 ano para implantação da nova unidade e academias ao ar livre, sem prazo para implantação de indústrias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Agentes comunitários, assistente social
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação no número de crimes no local, frequência de usuários na unidade

Fonte: os autores (2018)

O quadro 04 descreve a operação desenvolvida para atingir o nó crítico “Hábitos de Vida”, bem como seus resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, ações estratégicas, prazos e responsáveis.

Quadro 4 - Operações sobre o nó crítico “Hábitos de Vida” relacionadas ao risco cardiovascular na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Nova Benfica, UBS Vila Esperança, do município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais.

Nó Crítico: Hábitos de vida	
Operação de modificação de hábitos prejudiciais à saúde	Operação “Vida Saudável”
Resultados esperados	Adoção de atividades físicas na comunidade e a diminuição do maior número possível de tabagistas
Produtos esperados	Programa de academias ao ar livre, caminhadas e grupos de tabagistas e obesos
Recursos necessários	Estrutural: área de atividades físicas, locais para reunião, farmácia na unidade Cognitivo: capacitação dos profissionais Financeiro: Criação de uma academia ao ar livre, informes audiovisuais sobre os riscos da obesidade e cigarro e fornecimento de medicação necessária nos casos selecionados Político: participação social
Recursos críticos	Estrutural: Academias ao ar livre, farmácia Cognitivo: Capacitação da população, informação Político: Envolvimento intersetorial de educadores físicos e da população, mudança na estrutura de atendimentos Financeiro: Liberação de verbas
Controle dos recursos críticos	Estrutural: Desfavorável Cognitivo: Favorável Político: Favorável Financeiro: indiferentes
Ações estratégicas	Maior número de consultas agendadas
Prazo	03 meses para organização de grupos, 01 ano para academia e atividades de caminhada
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Agentes comunitários, educadores físicos, médico e enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação de IMC e número de tabagistas

Fonte: os autores (2018)

O quadro 05 descreve a operação desenvolvida para atingir o nó crítico “Falta de ACS”, bem como seus resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, ações estratégicas, prazos e responsáveis.

Quadro 5 - Operações sobre o nó crítico de “Falta de ACS” relacionada ao risco cardiovascular na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Nova Benfica, UBS Vila Esperança, do município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais.

Nó Crítico: Falta de ACS	
Operação para melhorar o funcionamento das consultas de cuidado continuado	Operação “Cuidar Melhor”
Resultados esperados	Aumento das consultas de cuidado continuado em detrimento da consulta de demanda espontânea, contratação de ACS
Produtos esperados	Melhoria da cobertura da população adscrita, melhor divisão do trabalho
Recursos necessários	Estrutural: Organização do trabalho dos ACS, avaliação do cadastramento da população Cognitivo: Educação continuada dos ACS sobre as DCV Estrutural: Gerente e organizador das ações dos agentes Financeiro: Pagamento e melhores salários aos ACS Político: Elaboração e implantação do plano diretor, concurso para contratação de novos ACS, segurança durante o trabalho
Recursos críticos	Estrutural: Profissional organizador das ações (gerente) Cognitivo: Educação permanente do profissional Político: Melhoria de segurança pública Financeiro: Concurso público
Controle dos recursos críticos	Estrutural: Favorável Cognitivo: Favorável Político: Favorável Financeiro: Indiferentes
Ações estratégicas	Organização do trabalho dos ACS
Prazo	03 meses para organização do trabalho dos ACS, 06 meses para novas contratações
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Gerente da unidade, secretaria de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Cobertura da área, cadastramento da população

Fonte: os autores (2018)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações planejadas neste trabalho têm grande impacto e aplicabilidade prática no trabalho da equipe de ESF e atuam sobre as principais causas de morte na população em geral e da comunidade de Nova Benfica. São ações que dependem das gestões locais e municipal, mas principalmente da mobilização da equipe e da população.

Questões socioculturais devem ser abordadas para a melhoria do trabalho e da saúde da população, para que se possa implementar, finalmente, um novo modelo de atenção, mais eficiente e humano, e que coloquem o usuário como objeto central da rede de saúde.

REFERÊNCIAS

ADA - American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2013. **Diabetes Care**, Alexandria, v.36, Suppl. 1, jan, 2013.

ALMEIDA, M. G.; DUARTE, M. F. S. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa-BRASIL. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 1, p. 44-56, 2012.

BARROSO, T. A.; MARINS, L. B.; ALVES, R. A.; GONÇALVES, A. C. S.; BAROSSO, S. G.; ROCHA, G. S. Associação entre a obesidade central e a incidência de doenças e fatores de risco cardiovascular. **Int J Cardiovasc Sci.**, v.30, n.5, p.416-24, 2017.

BORGES, T. T.; ROMBALDI, A. J.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. **Caderno Saúde Pública**, v.25, n.7, p.1511-20, 2009.

BONOTTO, G. M.; SASSI, R. A. M.; SUSIN, L. R. O. Conhecimentos dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.1, p.293-302, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Secretaria de Vigilância e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 66p.

CARLUCCI, E. M. S.; GOUVÊA, J. A. G.; SILVA, J. D.; CASSIANO, A. C. M.; BENNEMANN, R. M. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Com. Ciências Saúde**, v.24, n.4, p.375-84, 2013.

CARNEIRO, A. C. L. L.; SOUZA, V.; GODINHO, L. K.; FARIA, I. C. M.; SILVA, K. L.; GAZZINELLI, M. F. Educação para a Promoção da Saúde no Contexto da Atenção Primária. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 31, n.2, p. 115–20, 2012.

CARVALHO, C. A.; FONSECA, P. C.; BARBOSA, J. B.; MACHADO, S. P.; SANTOS, A. M.; SILVA, A. A. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.2, p.479-90, 2015.

CRUZ, T. A.; CARVALHO, A. M. C.; SILVA, R. D. Reflexão do autocuidado entre os profissionais de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.5, n.1, p.96-108, jan./jun. 2016.

FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; SANTOS, Max

André dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017

FRANCO JUNIOR, A. J. A.; HELENO, M. G. V.; LOPES, A. P. Qualidade de vida e controle glicêmico do paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2. **Rev. Psicol. Saude**, v. 5, n.2, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **IBGE cidades.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>> Acesso 28 de Outubro de 2018.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LIMA, D. B. S.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. W. P.; RODRIGUES, M. T. P. Associação ente adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. **Texto & Contexto Enferm**, v.25, n.3, p.1-9, 2016.

LYNCH, E. B.; LIU, K.; KIEFE, C. I.; GREENLAN, P. Cardiovascular disease risk factor knowledge in young adults and 10-year change in risk factors: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. **Am. Journal Epidemiol.**, v.164, n.12, p.1171-79, 2006.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; ANDRADE, S. S. C. A.; SZWARCOWALD, C. L.; JUNIOR, J. B. S.; REIS, A. A. C. Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial autorreferida no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.18, n.2, p.109-22, 2015.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo. **Arq Bras Cardiol.**, v.99, n.2, p.755-61, 2012.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Doenças isquêmicas do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. **Revista Saúde Pública**, v.46, n.4, p.591-601, 2012.

MUNIZ, L. C.; SCHNEIDER, B. C.; SILVA, I. C. M.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v.46, n.3, p.534-42, 2012.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão**, v.3, n.1, p.13-18, 2011.

RADOVANOVIC, C. A. T.; SANTOS, L. A.; CARVALHO, M. D. B.; MARCON, S. S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, v.22, n.4, p.547-53, 2014. .

RODRIGUES, D.; SANTOS, V. E.; A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Uma Revisão Bibliográfica das Publicações Científicas no Brasil. **J Health Sci Inst.**, v.4, n.28, p.321-324, 2010.

SANTOS, A. M.; SHERER, P. T. Reflexões acerca das políticas públicas no enfrentamento da obesidade no Brasil. **Sociedade em Debate**, v.17, n.1, p.219-36, 2011.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v.95, n.1, p.1-51. 2010.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Rev. Soc. Bras. Cardiologia**, v.107, n.3, 2016

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)** / Adolfo Milech *et al.*; Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vêncio – São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2016. 348p.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018)** / Adolfo Milech *et al.*; Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vêncio – São Paulo: Clannad, 2017. 383p.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; MOURA, L. MALTA, D. C.; CARVALHO, R. M. S. V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida. **Revista Saúde Pública**, v.43, n.2, p.74-82, 2009.

SIAB, **Sistema de Informação de Atenção Básica**. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>> Acesso 28 de Outubro de 2018.

SILVA, C. S.; PAES, N. A.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; CARDOSO, M. A. A.; SILVA, A. T. M. C. S.; ARAÚJO, J. S. S. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da atenção primária à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 584-90; 2013.

SIMÃO, A. F.; PRÉCOMA, D. B.; ANDRADE, J. P.; FILHO, H. C.; SARAIVA, J. F. K.; OLIVEIRA, G. M. M. I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Resumo Executivo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.102, n.5, p.420-31, 2014.

SIOPS, **Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde. Ente Federado: Juiz de Fora, 2018.** Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/mctc_seleciona_ente.php> Acesso 14 de Julho de 2018.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1-20, Oct. 2013

WEBER, M.; SCHIFFRIN, E. L.; WHITE, W. B.; MANN, S.; LINDHOLM, L. H.; KENERSON, J. G. et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **Journal of Clinical Hypertension**, v.32, n.1, p.3-15, 2014.

WHO. World Health Organization. **Obesity**: Prevention and managing the global epidemic. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity. WHO Technical Report Series, n.884, p.1-12, 2004.